

.....  
Meno a priezvisko, adresa trvalého bydliska, tel. kontakt

Stredná zdravotnícka škola Trnava  
Školský internát  
Daxnerova 6  
917 92 Trnava

V.....dňa.....

**VEC: Žiadosť o /prerušenie/ukončenie pobytu v školskom internáte pri SZŠ Trnava**

Dolupodpísaná/ý/.....zákonný zástupca  
žiaka/žiak/.....nar.:.....  
trvale bytom.....  
žiadam o / prerušenie/ukončenie ubytovania v školskom internáte pri Strednej  
zdravotníckej škole v Trnave od .....do.....

S pozdravom

.....  
podpis zákonného zástupcu žiaka